

Intramuraal motivatiecentrum

Abstract Deze rubriek informeert over richtlijnen en protocollen die zijn ontwikkeld door het sinds 1999 opgezette landelijk project Resultaten Scoren. In bijzondere gevallen kunnen ook elders ontwikkelde protocollen en richtlijnen worden samengevat. De rubriek staat onder redactie van Wim Buisman¹, werkzaam als secretaris van de Raad voor Bekwaamheidsontwikkeling (RvBO) bij GGZ Nederland.

Inleiding

Met de intramurale motivatiecentra (IMC's) wordt een doelgroep bereikt, die nauwelijks aansluiting vindt bij de traditionele verslavingszorg. De IMC's dragen bij aan een vermindering van de overlast die is gerelateerd aan de leefwijze van verslaafden. *Intramuraal Motivatie Centrum, een handboek* (Diepraam, 2003) geeft een breed overzicht van de achtergronden, doelstellingen, opzet, werkwijzen en de resultaten van de IMC's. Het maakt duidelijk wat de kenmerken zijn van de cliëntpopulatie, wat de visie is op de hulpverlening, zorgketen en welke kennis en vaardigheden het personeel moet bezitten. Het handboek is gebaseerd op evaluatieonderzoek.

Achtergronden

De overheid nam in 1994 het initiatief tot het opzetten van experimentele IMC's. Voornaamste doelstelling was vermindering van de door verslaafden veroorzaakte overlast. De reguliere zorg bleek problematische

verslaafden onvoldoende te bereiken. De geboden opvang in een IMC moest de kans op voortijdig afbreken van de behandeling beperken. Met de IMC's hoopte men overlast terug te dringen en justitiële cliënten te motiveren tot verandering van het middelengebruik. De IMC's moesten ondersteuning bieden bij het sociaal functioneren, aandacht geven aan resocialisatie en bij de opname een brede assessment uitvoeren. Als opnameduur werd gedacht aan circa drie maanden.

Doelgroep en plaatsbepaling

Een IMC richt zich op overlast veroorzakende, langdurig problematisch verslaafden met weinig motivatie en intrinsieke mogelijkheden om hun middelengebruik snel en volledig af te bouwen. Het gaat om zowel drugs- als alcoholcliënten en om zowel justitiële als niet-justitiële cliënten. Onder de doelgroep bevinden zich zorgmijders en verslaafden met onsuccesvolle behandelingen in het verleden. Een IMC fungeert binnen de zorgketen als schakel met verschillende vormen van zorg. Een IMC is gepositioneerd aan het begin van een zorgketen, aan het einde van een behandelketen of als onderdeel van rehabilitatie binnen de sociale verslavingszorg. Toewijzing aan een trajectbegeleider wordt nagestreefd als externe hulpverlening nog niet deugdelijk is georganiseerd. Deze functie kan vervuld worden door verschillende disciplines binnen de zorg.

Instroom

Een IMC is bestemd voor cliënten met de minimale intentie om het gebruik te overdenken. Cliënten met meervoudige problematiek die aanleiding geeft tot

¹ E-mail: wmbuisman@ggz nederland.nl.

overlastsituaties behoren tot de doelgroep. De opnameprocedure is laagdrempelig ingericht: beperkt van duur en gekenmerkt door 'korte lijnen'. Van de cliënt wordt geen blijvende gedragsverandering geëist ten aanzien van het middelengebruik. Bij plaatsing behoeft de cliënt geen hulpvraag te hebben.

Contra-indicaties voor instroom zijn de volgende:

1. zeventien jaar of jonger;
2. acute psychose;
3. ernstige cerebrale aandoeningen;
4. noodzaak tot intensieve bedverzorging/verpleegzorg;
5. ernstige zwakzinnigheid;
6. verwijzing in het kader van artikel 43 naar een verslavingsbehandeling;
7. enkelvoudige problematiek, relatief korte verslavingsduur, het ontbreken van langdurige zorgmijding of behandelgeschiedenis, maatschappelijke integratie.

Een IMC kan goed functioneren zonder een indicatiecommissie aan de voordeur. Voorwaarden zijn: directe medisch-somatische en medisch-psychiatrische screening (evt. snelle doorverwijzing), zorgvuldige screening en eventueel nadere diagnostiek op een later moment.

Doorstroom en uitstroom

De doorstroom van cliënten is geïndividualiseerd en ligt op het moment van instroom niet vast. Men onderscheidt de volgende vier niveaus van uitstroom.

1. Cliënt is ingesteld op medicatie, is lichamelijk hersteld en heeft binnen de structuur van de afdeling een aantal minimale vaardigheden getoond.
2. Cliënt heeft een aantal minimale vaardigheden geleerd, en kan die na de opname voor een bepaalde periode (aantoonbaar) vasthouden.
3. Cliënt heeft een beslissing genomen over het vervolgtraject, gericht op doelen ten aanzien van wonen, werken, dagbesteding en eventueel middelengebruik.
4. Cliënt heeft de beslissing genomen om een verslavingsbehandeling te ondergaan, gericht op abstinentie en/of drastische verandering van het verslavingsgedrag en de leefstijl.

Indien een cliënt op een van genoemde niveaus uitstroomt, heeft een IMC zijn doelstelling voor de betreffende cliënt gerealiseerd. Het handboek geeft concrete aanwijzingen op welke wijze - gezien het niveau van uitstroom - de overdracht naar een externe hulpverlener moet plaatsvinden, en waarop gelet moet worden bij een vervolgbehandeling.

Kenmerken van de zorg

Cliënten zijn niet verplicht om volledig af te kicken. Gebruik van methadon is toegestaan en er is geen verplichting om therapie te ondergaan. Sfeerbepalend is het belang dat men hecht aan rehabilitatie. Centraal staan het versterken van de autonomie en ondersteuning op verschillende leefgebieden. Een IMC biedt de cliënt ruime mogelijkheden om een daginvulling te vinden. Men houdt de cliënt verantwoordelijk voor zijn of haar eigen gedrag. De cliënt is in staat dit gedrag te beïnvloeden. De bejegening is niet-moraliserend, acceptierend en respectvol. De hulpverleners tonen oprechte interesse in de persoon van de cliënt en werken aan het opbouwen van een vertrouwensband.

De hulpverlening kenmerkt zich verder door het volgende.

1. De individuele problematiek en hulpvraag staan centraal bij de afstemming van de hulpverlening.
2. De problemen en het gedrag in de huidige situatie en omstandigheden staan centraal.
3. Specifieke ondersteuning wordt ingezet per probleemgebied (wonen, sociale problemen, middelengebruik, ondersteuning van de omgeving).
4. Er wordt gewerkt vanuit een gedragsgerichte benadering.
5. Interventies zijn afgestemd op het stadium van verandering waarin de cliënt zich bevindt.

Doelstellingen

Om de specifieke doelgroepen van een IMC te kunnen bedienen, is een aantal hoofddoelen benoemd. Per cliënt wordt bepaald welke doelen van toepassing zijn en in welke fase deze worden nagestreefd. De primaire doelstelling is dat de relatie met de hulpverlening tot stand is gekomen en/of is verbeterd. Secundaire doelen zijn de volgende.

1. Lichamelijke verbetering (rust, ritme, eten, verzorging).
2. Medisch/psychiatrische screening en instellen op medicatie (o.a. methadon).
3. Aanleren van basale verblijfs- en woonvaardigheden.
4. Psychiatrische diagnostiek, indien sprake is van psychiatrische problematiek.
5. Zicht verkrijgen op aard en functie van het middelengebruik (zicht krijgen op patronen van problematisch middelengebruik, gebruik beperken en zelfcontrole).
6. Basale sociale vaardigheden verbeteren.
7. Maatschappelijk functioneren verbeteren en zonodig beginnen met integratie in de samenleving.

8. Relaties met het niet-gebruikende systeem verbeteren.

Om de primaire doelstelling te bereiken, krijgt elke cliënt een mentor toegewezen. Deze draagt zorg voor individuele begeleiding, communicatie met de omgeving van de cliënt en begeleiding bij de vormgeving van het vervolg. Het handboek geeft concrete beschrijvingen van de werkwijze van een IMC om de bovengenoemde acht doelen te bereiken.

Meer informatie

De uitgave, voorzien van een overzicht van de geraadpleegde literatuur, is te downloaden op het kennisnet van GGZ Nederland (www.ggzkennisnet.nl)>

Informatieservice verslavingszorg > Resultaten Scoren> Handboek Intramuraal Motivatie Centrum).

Literatuur

Diepraam, A. (2003). *Intramuraal Motivatie Centrum, een handboek*. Amersfoort: GGZ Nederland.